

หนังสือยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีน COVID-19

เวอร์ชัน: 2 สิงหาคม 2022

หมายเหตุ:

แบบฟอร์มยินยอมการฉีดวัคซีน COVID-19:

- **แบบฟอร์มยินยอมนี้** ใช้กับผู้ที่รับวัคซีน **CoronaVac (Sinovac)** และบุคคล **อายุ 12 ปีขึ้นไป** ที่รับวัคซีน **Comirnaty (BioNTech)**
- **แบบฟอร์มยินยอมอีกแบบ** ใช้กับเด็กที่รับวัคซีน **แบบเศษส่วนของ Comirnaty (BioNTech)**, **รวมไปถึงเด็กที่อายุระหว่าง 5 และ 11 ปี และเด็กที่เพิ่งเข้าสู่อายุ 12 ปี ซึ่งรับเข็มแรกในช่วงอายุ 11 ปี; กรุณาดูที่:**
<https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/Consent Form for Fractional BioNTech Vaccination ENG.pdf>

กรุณาพิมพ์และกรอกแบบฟอร์มนี้ โดยแทรกข้อความลงในช่องว่างด้วยปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน แล้วใส่ "✓" ลงในช่องที่เหมาะสม และ *ลบตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ฉีดวัคซีน (ตามที่ปรากฏในเอกสารแสดงตัวตน)

ชื่อ: _____ (ภาษาอังกฤษ) (นามสกุล) (ชื่อ)

_____ (ภาษาจีน) (นามสกุล) (ชื่อ)

วันเกิด: _____ / _____ / _____ (จ/ด/ป) เพศ: _____

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: _____ (โทรศัพท์มือถือ)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนฮ่องกง: _____ ()

สัญญาลักษณะ HKIC: A C R U

วันที่ออก: _____ / _____ / _____ (จ/ด/ป)

หรือ เอกสารประจำตัวอื่นๆ:

ประเภทเอกสาร: _____

หมายเลขเอกสาร: _____

ส่วนที่ 2: การยินยอมให้ฉีดวัคซีน COVID-19

ข้าพเจ้ายินยอม (a) การฉีดวัคซีน COVID-19 ให้กับ**ข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า** * ภายใต้โครงการฉีดวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของการฉีดวัคซีนในส่วนที่ 3); และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานข้อมูลการรักษาของ**ข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า** * โดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์การโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เพื่อติดตามตรวจสอบความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตราบเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

หมายเหตุ : ต้องกรอกแบบฟอร์มความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนแต่ละเข็ม

ส่วนที่ 3: รายละเอียดของการฉีดวัคซีน COVID-19

ชนิดและลำดับของการฉีดวัคซีน COVID-19 (ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่องว่างตามความเหมาะสม) Type and Dose Sequence of COVID-19 (Put a "✓" in the most appropriate box)				
<input type="checkbox"/> Comirnaty – วัคซีน mRNA (BNT 162b2) (Fosun Pharma/ BioNTech) Comirnaty – mRNA Vaccine (BNT 162b2) (Fosun Pharma/ BioNTech)		<input type="checkbox"/> CoronaVac – วัคซีนเชื้อตาย (Vero Cell) (Sinovac) CoronaVac – Inactivated Vaccine (Vero Cell) (Sinovac)		
<input type="checkbox"/> เข็มแรก 1 st Dose	<input type="checkbox"/> เข็มสอง 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> เข็มสาม 3 rd Dose	<input type="checkbox"/> เข็มสี่ 4 th Dose	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ กรุณาระบุ : _____ เข็ม Others, please specify: _____ dose

ส่วนที่ 4 หนังสือยืนยันและลายเซ็นยอมรับ

A. สำหรับผู้ฉีดวัคซีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลในเอกสารข้อเท็จจริงการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยเฉพาะใน ส่วนที่ 3 รายละเอียดของการฉีดวัคซีน รวมถึงข้อห้าม (และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น) ของการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งเป็นวัคซีนได้รับอนุญาตภายใต้กฎการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K) เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะ แต่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนภายใต้กฎหมายยาและสารพิษ (Cap. 138) และ [ตกลง] ที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ที่ระบุในส่วนที่ 3 ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและทุกคำถามของข้าพเจ้าได้รับคำตอบจนพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายังเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของข้าพเจ้าอย่างครบถ้วน ภายใต้หนังสือยืนยันนี้และคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายืนยันว่าการลงนามด้านล่าง แสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ (a) การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ภายใต้โครงการวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของวัคซีนในส่วนที่ 3) และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานของข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้าโดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยรวมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์การโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตราบเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่มอบให้ในหนังสือยืนยันนี้ถูกต้อง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ในหนังสือยืนยันนี้เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาล เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล" ข้าพเจ้าเข้าใจว่ารัฐบาลอาจติดต่อข้าพเจ้าเพื่อตรวจสอบข้อมูลและการจัดการของการฉีดวัคซีน

สำหรับผู้ถือบัตรประจำตัวสมาร์ท: ข้าพเจ้าตกลงที่จะอนุญาตให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ/เจ้าหน้าที่ของรัฐอ่านข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า [เข้าถึงข้อมูลหมายเลขบัตรประจำตัวของฮ่องกง ชื่อ (ภาษาอังกฤษและภาษาจีน) วันเกิดและวันที่ออกบัตรประจำตัวของฮ่องกง] ซึ่งบันทึกไว้ในชิปที่รวมไว้ในบัตรประจำตัวสมาร์ทของข้าพเจ้า เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล"

หนังสือยืนยันนี้อยู่ภายใต้และตีความตามกฎหมายของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง และข้าพเจ้ายินยอมส่งให้ต่อเขตอำนาจศาลเฉพาะของศาลเขตปกครองพิเศษฮ่องกงโดยมีอาจเพิกถอนได้

ลายเซ็นผู้ฉีดวัคซีน (หรือลายนิ้วมือ หากไม่รู้หนังสือ#): _____

วันที่: _____

B. สำหรับบิดามารดา/ผู้ปกครองที่ยืนยันให้กับผู้ฉีดวัคซีนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี/เป็นผู้ป่วยจิตเวช

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลในเอกสารขอเท็จจริงการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยเฉพาะในหน้าที่ 3 รายละเอียดของการฉีดวัคซีนใน รวมถึงข้อห้าม (และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น) ของการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งเป็นวัคซีนที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K) เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะแต่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนภายใต้กฎหมายยาและสารพิษ (Cap. 138) และ [ตกลง] ในนามตัวแทนของลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ที่ระบุในหน้าที่ 3 ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและทุกคำถามของข้าพเจ้าได้รับคำตอบจนพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายังเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของข้าพเจ้าอย่างครบถ้วนภายใต้หนังสือยินยอมนี้และคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลเพิ่มเติมหากผู้รับวัคซีนมีอายุระหว่าง 6 เดือนและน้อยกว่า 3 ปี: ฉันเข้าใจว่าการใช้วัคซีน CoronaVac (Sinovac) กับเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนและน้อยกว่า 3 ปีไม่อยู่ในเอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุมัติของ CoronaVac ได้รับอนุญาตภายใต้ระเบียบการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K) นี่เป็นการใช้ออกผลที่ได้รับอนุญาตในโครงการของรัฐบาลภายใต้ระเบียบการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap.599K) โดยคำนึงถึงคำแนะนำจากคณะ / คณะกรรมการของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาลได้ทบทวนสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันและที่คาดการณ์ไว้ ตลอดจนข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่ส่งจ่าย จ่าย หรือรับผิดชอบในการบริหารวัคซีนให้บุตร / วอร์ดของฉัน* กระทำการตามคำสั่งของรัฐบาลในโครงการของรัฐบาล

ข้าพเจ้ายืนยันว่าการลงนามด้านล่าง แสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ (a) การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ให้กับลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ภายใต้โครงการวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของวัคซีน ในหน้าที่ 3) และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานของข้อมูลการรักษาของลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* โดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยรวมมีกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์การโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตรงเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่มอบให้ในหนังสือยินยอมนี้ถูกต้อง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ในหนังสือยินยอมนี้เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล" ข้าพเจ้าเข้าใจว่ารัฐบาลอาจติดต่อข้าพเจ้าเพื่อตรวจสอบข้อมูลและการจัดการของการฉีดวัคซีน

สำหรับผู้ถือบัตรประจำตัวสมาร์ท: ข้าพเจ้าตกลงที่จะอนุญาตให้ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ/เจ้าหน้าที่ของรัฐอ่านข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* [เข้าถึงข้อมูลหมายเลขบัตรประจำตัวของฮ่องกง ชื่อ (ภาษาอังกฤษและภาษาจีน) วันเกิดและวันที่ออกบัตรประจำตัวของฮ่องกง] ซึ่งบันทึกไว้ในชิปที่รวมไว้ในบัตรประจำตัวสมาร์ทของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล"

หนังสือยินยอมนี้อยู่ภายใต้และตีความตามกฎหมายของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง และข้าพเจ้ายินยอมส่งให้ต่อเขตอำนาจศาลเฉพาะของศาลเขตปกครองพิเศษฮ่องกงโดยมีอาจเพิกถอนได้

ลายเซ็นของบิดามารดา / ผู้ปกครอง *:

ชื่อของบิดามารดา / ผู้ปกครอง * (ภาษาอังกฤษ):

ความสัมพันธ์:

HKID/ เอกสารระบุตัวตนอื่น ๆ

ประเภทเอกสาร และหมายเลขเอกสารของบิดามารดา/ ผู้ปกครอง*:

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ:

วันที่:

C. # พยานการกรอกข้อมูลดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วนหากผู้รับวัคซีนไม่ทราบหนังสือ

(ตัดส่วนนี้ออกหากกรอกส่วนที่ 4(B) ครบถ้วนแล้ว)

เอกสารนี้ได้ถูกอ่านและอธิบายให้ผู้ฉีดวัคซีนทราบต่อหน้าข้าพเจ้าแล้วและผู้ฉีดวัคซีนได้มีโอกาสซักถาม

ลายเซ็นของพยาน: _____

ชื่อของพยาน (ภาษาอังกฤษ): _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนฮ่องกง: (X) (X) (X) (X)
(เฉพาะตัวอักษรและตัวเลขสามหลักแรกเท่านั้น)

หรือ เอกสารระบุตัวตนอื่น ๆ

ประเภทเอกสาร: _____

หมายเลขเอกสาร: _____

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: _____

วันที่: _____

ให้เสร็จสมบูรณ์โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (ไม่จำเป็นสำหรับศูนย์วัคซีนชุมชน)
To be completed by Healthcare Provider (Not required for Community Vaccination Centre)

eHS(S) หมายเลขธุรกรรม หนึ่งหมายเลขธุรกรรมเท่านั้น (ถ้ามี) eHS(S) Transaction No. ONE TRANSACTION NUMBER ONLY (if applicable)	T _____ - ____ - ____ - ____
วันที่ฉีดวัคซีน Date of Vaccination	
ชื่อหมอ Name of Doctor	

เวอร์ชันวันที่: 2 สิงหาคม 2565

ฉบับที่ได้รับการแปลภาษาจะใช้เพื่อการอ้างอิงเท่านั้น

ในกรณีที่มีความแตกต่างกันระหว่างฉบับแปล และฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาอังกฤษถูกนำมาใช้งาน
สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดเข้าชมที่ www.covidvaccine.gov.hk

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version,

English version shall prevail.

For more information, please visit www.covidvaccine.gov.hk

การแจ้งวัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

(เวอร์ชันแปลใช้สำหรับการอ้างอิงเท่านั้น)

คุณให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ถ้าคุณไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอ คุณอาจไม่สามารถฉีดวัคซีนได้

วัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไว้จะถูกใช้โดยรัฐบาลสำหรับหนึ่งในวัตถุประสงค์ดังหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้:
 - (a) การตรวจสอบกับหน่วยงานของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสถานะการฉีดวัคซีน COVID-19
 - (b) แจ้งหน่วยงานของรัฐหรือกรมและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมการฉีดวัคซีนและติดตามผลหลังการฉีดวัคซีน
 - (c) สำหรับการสร้าง การดำเนินการและการบำรุงรักษาบัญชี eHealth (เงินอุดหนุน) และการบริหารและตรวจสอบโครงการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัด ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลที่กรมตรวจคนเข้าเมืองเก็บไว้
 - (d) การโอนข้อมูลไปยังกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) เพื่อติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ภายใต้โครงการฉีดวัคซีน COVID-19 อย่างต่อเนื่อง
 - (e) การวิจัยและสถิติ และ
 - (f) การป้องกัน การปกป้อง ชะลอหรือความคุ้มครองเหตุการณ์ หรือการส่งต่อเชื้อ COVID-19 รวมไปถึงการติดตามการติดเชื้อ และ
 - (g) วัตถุประสงค์ที่ขอบด้วยกฎหมายอื่น ๆ ตามที่กฎหมายมีอำนาจหรืออนุญาต

ระดับการโอนข้อมูล

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณให้ไว้จะถูกโอนไปยังรัฐบาลและรัฐบาลอาจเปิดเผยต่อตัวแทน องค์กรอื่น ๆ และบุคคลที่สามตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในวรรค 1 ข้างต้น หากจำเป็น

การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล

3. คุณมีสิทธิ์ที่จะขอเข้าถึงและแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของคุณภายใต้มาตรา 18 และ 22 และหัวข้อที่ 6 ตารางที่ 1 ของกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (ความเป็นส่วนตัว) (บทที่ 486) กรมอนามัยอาจกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับคำขอเข้าถึงข้อมูล

ข้อสอบถามต่าง ๆ

4. ข้อสอบถามที่เกี่ยวข้องข้อมูลส่วนบุคคล เช่น คำขอการเข้าถึงและการแก้ไข ควรส่งไปที่:
Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)
ที่อยู่: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon
หมายเลขโทรศัพท์: 2125 2045

เวอร์ชันวันที่: 2 สิงหาคม 2565

ฉบับที่ได้รับการแปลภาษาจะใช้เพื่อการอ้างอิงเท่านั้น

ในกรณีที่มีความแตกต่างกันระหว่างฉบับแปล และฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาอังกฤษถูกนำมาใช้งาน
สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดเข้าชมที่ www.covidvaccine.gov.hk

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version,
English version shall prevail.

For more information, please visit www.covidvaccine.gov.hk